

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EL USO DE FICHAS CLÍNICAS, MATERIAL AUDIOVISUAL (AUDIO, VIDEOS, FOTOGRAFÍAS),
RADIOGRAFÍAS Y OTROS EXÁMENES**

Este formulario tiene dos partes:

- La hoja informativa.
- El Certificado de Consentimiento (para registrar su autorización). Recibirá una copia completa de este formulario.

Parte 1. Hoja Informativa

La Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, además de dar la atención necesaria para diagnosticar y tratar enfermedades de la boca, realiza investigación que se publica en revistas científicas y se presenta en congresos, cursos y a los alumnos de la Facultad. Durante su atención se llena una ficha clínica que además contiene las radiografías, material audiovisual (audio, videos, fotografías) y otros exámenes que se hayan pedido, como, por ejemplo, exámenes de sangre.

A través de este documento, queremos pedir su autorización para poder tener acceso a su ficha clínica, exámenes, material audiovisual (audio, videos, fotografías) y radiografías. La información que está en su ficha y que se utilizará para investigación es: sexo, edad, enfermedades generales, medicamentos que toma, hábitos, diagnóstico, tratamiento recibido, como fue la evolución durante el tratamiento, resultado del tratamiento, derivaciones a otros especialistas, informes de radiografías, entre otros. Nunca su nombre, dirección o RUT.

El tipo de investigación que se realizará con la información de su ficha clínica, exámenes y material audiovisual (audio, videos, fotografías) son:

1. Estudio de Caso Clínico: son estudios que describen las características de su enfermedad/condición, incluyendo su edad, sexo, datos de su salud general, síntomas, diagnóstico, tratamiento recibido y el resultado de este tratamiento, pero nunca su nombre, dirección, RUT u otro dato personal. En algunos casos es necesario utilizar una foto de su rostro completo, si esto es necesario se le indicará durante su atención.
2. Estudios Epidemiológicos: son investigaciones que describen que tan frecuente es su enfermedad/condición y al igual que los estudios de caso clínico también se registrará de la ficha su edad, sexo, datos de su salud general, síntomas, diagnóstico, tratamiento recibido, el resultado de este tratamiento y que situaciones o hábitos están relacionados con la enfermedad. Tampoco se utilizan datos personales

Es muy importante que sepa que, si no desea que se utilice su ficha clínica y los documentos asociados

para investigación, tiene la libertad de decir que no, su decisión será respetada y seguirá recibiendo atención dental en la Facultad con normalidad. Además Recibirá una copia de este formulario

La ficha clínica se almacena por 15 años, que es el tiempo que se almacenan las fichas de manera normal. Si usted desea que se utilice su ficha clínica y los documentos asociados para investigación, estos documentos se almacenarán de manera indefinida.

La información que contiene la ficha clínica será utilizada por los odontólogos que trabajan en la Facultad, para los tipos de investigaciones que le explicamos. Siempre se mantendrá la confidencialidad de los datos personales, es decir, no se publicarán ni su nombre, RUT o dirección.

Es importante que sepa que la investigación realizada no necesariamente tendrá beneficios para usted, pero si se obtiene información importante para su salud, se le informará personalmente.

Toda investigación que se realice con su ficha deberá contar con la aprobación del Comité Ético-Científico de la Universidad de Valparaíso, que se encarga de revisar todas las investigaciones que se realizan con seres humanos y velar por que se protejan los derechos de quienes participan en investigación.

Para algunas de las investigaciones mencionadas, puede ser que el investigador necesite comunicarse con usted. Usted puede autorizar o no este contacto más adelante en este formulario.

Usted tiene derecho a anular el permiso concedido cuando lo estime conveniente. Para ello debe enviar una carta dirigida a la Oficina de Investigación de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso. Subida Carvallo 211, Playa Ancha, Valparaíso. Recibirá una respuesta por escrito de que su ficha no será utilizada para investigación.

Parte 2. Certificado de Consentimiento para el uso de fichas clínicas y material audiovisual (audio, videos, fotografías):

Si **NO** desea que se utilice su ficha, material audiovisual (audio, videos, fotografías) y documentos asociados para investigación y no desea ser contactado para investigaciones, marque con una X el cuadro que corresponda:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> No permito el uso de mi ficha clínica y documentos asociados para investigación y deseo que sea conservada durante el plazo legal de almacenamiento (15 años). |
| <input type="checkbox"/> No autorizo a que se me contacte vía telefónica, carta a mi domicilio o correo electrónico cuando se necesite información para realizar la investigación. |

He leído la información, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha respondido satisfactoriamente. Por lo tanto, de manera voluntaria no consiento a que se utilice la información contenida en mi ficha clínica y los documentos asociados de la manera y para los propósitos indicados previamente en este formulario, ni tampoco deseo que se me contacte para realizar investigaciones.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____
Día/mes/año

Si es analfabeto

He atestiguado la lectura precisa de este formulario de consentimiento informado al paciente, quien ha tenido la posibilidad de realizar preguntas. Confirmando que el individuo ha dado su consentimiento de manera libre

Nombre del Testigo _____

Firma del Testigo _____

Fecha ____/____/____
Día/mes/año

Huella digital del paciente



Si desea que **SÍ** se utilice su ficha, material audiovisual (audio, videos, fotografías) y documentos asociados para investigación y acepta ser contactado para para investigaciones, marque con una X, el cuadro que corresponda:

- Permito el uso de mi ficha clínica y documentos asociados sólo para las investigaciones descritas y que sea almacenada de manera indefinida.
- Autorizo a que se me contacte vía telefónica, carta a mi domicilio o correo electrónico cuando se necesite nueva información para realizar la investigación.

He leído la información, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha respondido satisfactoriamente. Por lo tanto, consiento de manera voluntaria a que se utilice la información contenida en mi ficha clínica y los documentos asociados de la manera y para los propósitos indicados previamente en este formulario.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha _____ / _____ / _____
Día/mes/año

Si es analfabeto

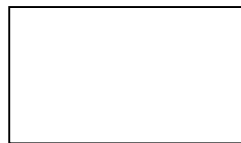
He atestado la lectura precisa de este formulario de consentimiento informado al paciente, quien ha tenido la posibilidad de realizar preguntas. Confirмо que el individuo ha dado su consentimiento de manera libre.

Nombre del Testigo _____

Firma del Testigo _____

Fecha _____ / _____ / _____
Día/mes/año

Huella digital del paciente



Declaración del Profesional que solicita el consentimiento:

He leído de manera precisa la hoja informativa al paciente y me he preocupado que el paciente comprenda lo siguiente:

1. Que la información contenida en la ficha clínica y los documentos asociados será utilizada para la investigación descrita (casos clínicos e investigación epidemiológica).
2. Que no se utilizarán datos personales de identificación en las investigaciones a realizar.
3. Que se resguardarán las fichas bajo llave y se mantendrá la confidencialidad de los datos personales.
4. Que se podría necesitar contactarlo nuevamente con motivos de investigación.
5. Que tiene la libertad de no consentir el uso de su ficha para investigación, sin que esta decisión interfiera en la atención clínica que solicita.

Confirmando que el paciente tuvo la posibilidad de realizar preguntas acerca del posible uso y almacenamiento de la información contenida en la ficha clínica. Todas las preguntas fueron respondidas de manera correcta. Confirmando que el individuo otorgó su consentimiento de manera libre y voluntaria.

Se entregó una copia de este consentimiento al paciente

Nombre del profesional responsable del proceso de consentimiento _____

Firma del profesional responsable del proceso de Consentimiento _____

Fecha _____
Día/mes/año